

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1955

THÈSE

N°
722

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Bernard RICHARD

Né le 24 Février 1927, à VERSAILLES (S.-&-O.)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de la Chirurgie Conservatrice
dans la Grossesse Extra-Utérine

Président : Monsieur FUNCK-BRENTANO, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

ANNEE 1955

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)

par

Bernard RICHARD

né le 24 Février 1927 à VERSAILLES (S & O)

Présentée et soutenue publiquement le _____

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE

DANS LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE.

Président : Monsieur FUNCK-BRENTANO, Professeur,



CONTRIBUTION
A l'ETUDE de la CHIRURGIE CONSERVATRICE
DANS la GROSSESSE EXTRA-UTERINE.

-:-:-



DOYEN HONORAIRE:

M. BAUDOUIN.

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGÉROT (H); GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E); OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON,

DOYEN:..... Léon BINET,
Membre de l'Institut,

ASSESEUR:.... Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

Anatomie.....	MM. CORDIER G.
Anatomie pathologique.....	DELARUE A.
Bactériologie.....	GASTINEL P.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale.....	VERNE J.
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN R.
Carcinologie.....	OBERLING C.
Chimie médicale.....	N.
	(Hôtel-Dieu..... BROCC P.
Cliniques chirurgicales)Broussais.....	de GAUDART-d'ALLAINES F.
	(Salpêtrière..... MONDOR H.
	)Cochin..... QUENU J.
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.....	MERLE d'AUBIGNE R.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT E.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	FEVRE M.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire...	MONOD R.
Clinique de la tuberculose.....	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS D.
Clinique de puériculture.....	LELONG M.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS R.
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER P.
Clinique des maladies du système nerveux..	ALAJOUANINE T.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE R.
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET P.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY J.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547107_0048

Clinique gynécologique.....	MM. FUNCK-BRENTANO P.
(Hôtel-Dieu.....)	BENARD H.
Cliniques médicales) Bichat.....	LAROCHE G.
(Cochin.....)	MOREAU R.
) Broussais.....	DE GENNES L.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	JUSTIN-BESANCON L.
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT L.
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition.....	BOULIN R.
(Tarnier.....)	LANTUEJOUL P.
Cliniques obstétricales) Baudelocque.....	LEVY-SOHAL E.
(Port-Royal.....)	LACOMME M.
Clinique ophtalmologique.....	VELTER E.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	AUBIN A.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)..	RICHET C.
Clinique psychiatrique infantile.....	HEU YER C.
Clinique rhumatologique et sociale.....	COSTE F.
Clinique stomatologique.....	DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE J.
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAIRE A.
Clinique urologique.....	FEY B.
Embryologie.....	GIROUD A.
Génétique.....	LAMY M.
Histoire de la médecine et de la chirurgie....	MOUQUIN M.
Histologie.....	CHAMPY C.
Hygiène et clinique de la première enfance....	CATHALA J.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON C.
Médecine du Travail.....	DESOILLE H.
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE R.
Parasitologie et histoire naturelle médicale..	GALLIARD H.
Pathologie chirurgicale.....	MENEGAUX G.
Pathologie exotique.....	LAVIER G.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE J.
Pathologie humorale et immunologie expéri- mentale (Chaire à titre personnel).....	MERKLEN F-P.
Oathologie médicale.....	BARIETY M.
Pathologie et thérapeutique générales.....	GARCIN J.
Pédiatrie sociale.....	MARIE J.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD R.
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel).....	DOGNON A.
Physiologie.....	BINET L.
Physique médicale.....	STROHL A.
Radiologie médicale.....	DESGREZ H.

Technique chirurgicale..... MM. MOULONGUET P.
Thérapeutique..... TURPIN R.

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES de CONFERENCES - AGREGES et AGREGES

Anatomie	(MM. DEBEYRE J. DELNAS A. (Pr.s.ch.	Neurologie.....	MM. SEZE (S.de
Anatomie patholo- gique.....	(N.)GAUTHIER- (VILLARS)Mlle P. Pr. (s.ch.)BUSSE F. (GOUYGOU C.	Obstétrique.....	(GRASSET J.)LEPAGE F. (MAYER M.)MERGER R. (MORIN P.)RAVINA J. (VARANGOT J.
Bactériologie.....	(FASQUELLE R.)NEVOT A.	Ophthalmologie.....	(OFFRET G.)DESVIGNES P.
Biologie médicale..	BOURLIERE F.	Orthopédie.....	JUDET R.
Chimie médicale....	(ETTORI J.) Pr.s.ch. (JAYLE M-F) Pr.d.ch. (SCHAPIRA G.	Oto-rhino-laryngologie....	(HALPHEN E.) Pr.s.ch. (AUBRY M.)MADURO R.
Dermato-Syphiligraphie: DUPERRAT F.		Parasitologie.....	(BRUMPT L.)CHABAUD A.
Histologie.....	{BULLIARD H. } Pr.s.ch. {COUJARD R. }N.	Pathologie chirurgicale...	(ABOULKER P.)BAUMANN J. (GOSSET J.)HUGUIER J. (LAURENCE G.)LEGER L. (LORTAT-JACOB J. (OLIVIER Cl.)PADOVANI P. (POILLEUX M.)ROUX M. (RUDLER J-C)VERNE J-M.
Hydrologie.....	DEBRAY C.		
Hygiène.....	(BOYER J.)DEPARIS M.		
Médecine légale et du travail....	(DEROBERTE L.)GAULTIER M. (HADENGUE A.	Pathologie expérimentale...	N.

MM.

MM.

Pathologie médicale..	(BERNARD J.)BOUDIN G. (CASTAIGNE P.)CONTE M. (DECOURT J.)DOMART A. (DREYFUS Gil-) bert (FAUVERT R.)HAMBURGER J. (KOURILSKY R.)LAMOTTE M. (LAROCHÉ C.)MILLIEZ P. (PEQUIGNOT H.)PERRAULT M. (RAMBERT P.)THIEFFRY St. (TURIAF J.	Physiologie..... Physique médicale..... Pneumo-Phtisiologie... Psychiatrie..... Psychiatrie infantile. Stomatologie..... Thérapeutique..... Urologie.....	(BARGETON D.) Pr.s.ch. (PARROT J-L. (DJOURNO A.) Pr.s.ch. (GOUGEROT L. (Kreis B. BARUK H. MICHAUX L. (CERNEA P.)CHAPUT Mme A. PERRAULT chargé de l'enseignement KUSS R.
Pédiatrie.....	(JOSEPH R.)LAPLANE R. (N.		
Pharmacologie.....	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. (CHEYMOL J-H) Pr.s.ch.		

III - PROFESSEURS HONORAIRES & AGREGES
RAPPELES à l'EXERCICE
pour le service des examens.

MM. BRINDEAU A. (Obstétrique), GATELLIER J. (Clinique chirurgicale),
LE LORIER V. (Obstétrique), VAUDESCAL R. (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE & AGREGES
CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

Clinique chirurgicale	(AMELINE A.)PATEL J. (SICARD A.	Clinique médicale....	(HAGUENAU M.) Pr.s.ch. (MARCHAL G.)SOULIE E.
Clinique médicale....	(BROUET G.)CACHERA R. (	Clinique obstétricale	ECALLE G.

.....

MM.

Clinique ophtalmologique.. RENARD G.

Clinique urologique..... COUVELAIRE R.

Secrétaire général de la Faculté... MM. MOREL J.

Secrétaire..... Mlle CHAINTREUIL G.

Conservateur, chargé de la direction... Docteur HAHN A.

Conservateur..... Mlle GOICHON

Bibliothécaires..... (Mlles DUMAITRE P., LE NOIR G.
METIN F., QUIEVREUX E.

A MON PERE ET A MA MERE.

AUX MIENS.

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur P. FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Nous le remercions très
respectueusement de l'honneur
qu'il nous fait de présider le
Jury de cette thèse.

A nos Juges

En hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur J-M. AUCLAIR

Gynécologue-Accoucheur
de l'Hôpital d'Argenteuil.

Qui nous a proposé le sujet
de cette thèse et nous a fait
profiter de sa très grande compé-
tence.

Nous le remercions bien sin-
cèrement et lui exprimons nos sen-
timents très respectueux.

A NOS MAITRES

De la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris.

A nos Maîtres

de l'Hôpital d'Argenteuil

Qui nous ont apporté le
fruit de leur savoir et leur
précieuse expérience,

En hommage déférent et
reconnaissant.

A Monsieur le Docteur THIBAUT

Pneumo-Phtisiologue de l'Hôpital d'Argenteuil

Qui nous a accueilli avec
tant de bienveillance dans son
Service et nous a fait bénéficier
de ses larges connaissances,

En témoignage de chaleureuse
gratitude.

A Monsieur le Docteur J. BONJEAN

Pneumo-Phtisiologue

Qui nous a toujours accordé
son plus cordial appui dans notre
travail,

Notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur E-A. SIGAUD,

Qui a guidé nos premiers pas,
a développé en nous la vocation
médicale et nous a si puissamment
aidé dans nos études.

Nos sentiments d'affectueuse
reconnaissance et de profond dé-
vouement.

CONTRIBUTION
A l'ETUDE de la CHIRURGIE CONSERVATRICE
DANS la GROSSESSE EXTRA-UTERINE.

-:-:-:-

I N T R O D U C T I O N

-:-:-

D'après l'ensemble des statistiques, la fréquence de la grossesse extra-utérine, par rapport aux grossesses normales, se situerait entre 0,3 et 1%. Ce n'est pas tant cette fréquence que les difficultés du traitement qui en font toute l'importance. En effet, celui-ci ne doit pas seulement, à l'heure actuelle, rétablir la santé d'une malade mais chercher à assurer l'avenir de sa fonction de reproduction, dont il est inutile de souligner l'importance sociale et même psychologique.

Ce souci de permettre des grossesses ultérieures n'est pas nouveau, mais les premières tentatives chirurgicales permirent d'observer de nombreuses récurrences, soit du même côté, soit du côté opposé, qui obligèrent à faire de la chirurgie de la grossesse extra-utérine une chirurgie d'exérèse qui gardait cependant le qualificatif de "conservatrice", lorsqu'elle était faite à minima.

C'est pourquoi la plupart des statistiques publiées jusqu'à ces dernières années, même sous le titre de "Récidive après chirurgie conservatrice", n'ont guère de valeur pour le sujet qui nous intéresse.

Nous voudrions, en effet, savoir dans quelle

mesure, compte tenu des travaux antérieurs, il est possible de conserver une trompe gravide et quelles techniques permettent de le faire en lui assurant un fonctionnement ultérieur normal sans entraîner un risque de récurrence élevé.

Nous ne pourrions donc pour ce faire, étudier que les cas où la Chirurgie réparatrice a porté sur les deux trompes à la fois ou bien sur une trompe unique, l'autre ayant déjà été enlevée. Ainsi seulement nous pourrions être certains, en cas de grossesse ultérieure, que l'oeuf a bien emprunté pour sa migration la trompe opérée. Ces cas sont encore rares dans la littérature.

Cependant, nous posons déjà comme principe que la Chirurgie conservatrice s'impose même lors d'une première intervention pour G.E.U. Il est plus satisfaisant de laisser à une femme ses deux trompes qu'une seule. D'autre part la récurrence de la G.E.U sur la deuxième trompe, lorsque la première a été enlevée, s'applique aux cas les plus mauvais puisque cette récurrence est l'argument important des auteurs qui refusaient la chirurgie conservatrice dans la G.E.U.

Pour notre part, nous apporterons dans ce travail deux observations de succès, c'est à dire de grossesses ultérieures après chirurgie conservatrice portant sur une trompe unique, qui nous ont été communiquées par le Docteur J.M. AUCLAIR.

RAPPEL HISTORIQUE.

Les premières descriptions connues de grossesses extra-utérines remontent au XI ème siècle. L'abstention thérapeutique fût la règle devant cette affection jusque vers la fin du XIX ème siècle, époque à laquelle une statistique de PARRY, en 1876, nous apprend que la mortalité est de 66 %. C'est alors que s'ouvre l'ère chirurgicale, après quelques tentatives de traitement médical qui, non sans risques, ne donnèrent que peu de bons résultats: régime alimentaire carencé, injection de substances toxiques, ponction de l'oeuf (BRAXTON).

Et si, la première laparatomie pour G.E.U fût faite par CYPRIANUS vers la fin du XVII ème siècle, c'est LAWSON TAIT en 1883, qui en fît une intervention systématique malgré le doute ou l'hostilité de ses contemporains. Son but était de juguler l'hémorragie qui, en l'absence de traitement chirurgical, tuait les 2/3 des malades.

../..

Mais, si la découverte des microbes, entraînant celle de la notion d'aseptie, rendait possible la chirurgie abdominale, les risques en étaient tout de même très importants en l'absence de toute possibilité de réanimation, de transfusion, et même d'anesthésie. Et l'on comprend que les chirurgiens soient restés divisés un certain temps sur le problème de la voie d'abord, certains préconisant la laparatomie, d'autres préférant la voie vaginale, tels JUNG (1900), STRASSMANN (1902), BROSE (1903).

L'intervention la plus courante était alors la castration bilatérale, soutenue par SEGOND, au Congrès de chirurgie de 1898, et par DODERLEIN, certains allant même jusqu'à l'hystérectomie.

Mais, déjà à cette époque, certaines interventions furent conservatrices et même réparatrices: en effet, l'avortement tubaire est pratiqué par OTT en 1889, par MURET, en 1893, "l'énucléation de l'oeuf et suture de l'incision" tubaire par PROCHOWNIK, en 1894, la résection de la trompe avec réfection du pavillon par DUDLEY, en 1898. Et la première observation de chirurgie réparatrice avec récupération fonctionnelle

de la trompe opérée est due à WATKINS qui, en 1889; fit une "salpingo-utéro-anastomose" pour une stérilité chez une femme ayant déjà subi une salpingectomie. Cette femme fit une fausse couche quelques mois plus tard.

Mais, dans le même temps, des cas de récidives commencent à être publiés et WERTH, en 1904, écrit, dans un manuel, qu'à son avis, dans la grande majorité des cas de grossesse tubaire, les trompes sont pathologiques et, qu'en conséquence, leur conservation ne présente qu'exceptionnellement de l'intérêt, alors que les risques de récidives sont grands.

Malgré tout, en décembre 1913, PROCHOWNIK publie à nouveau deux cas de salpingotomies, dont l'intérêt est double puisque, en effet, les deux femmes n'avaient qu'une seule trompe et eurent des grossesses ultérieures normales.

En France, c'est VILLARD et COTTE qui répandirent la notion de chirurgie conservatrice lors d'interventions pour grossesses tubaires et, à la suite de leurs travaux, de plus en plus, d'abord l'ovaire du côté sain, puis la trompe du côté opposé furent conservés.

VILLARD, dès 1914, fit une résection du

pavillon avec reconstitution des franges et, lors de la publication de cette intervention en 1927 écrivit:

"Je crois qu'il est très justifié dans certains cas de grossesses tubaires d'éviter la salpingectomie, surtout si la perméabilité de la trompe du côté opposé paraît compromise... D'une façon générale, je crois qu'on pratique pour les grossesses tubaires trop de salpingectomies."

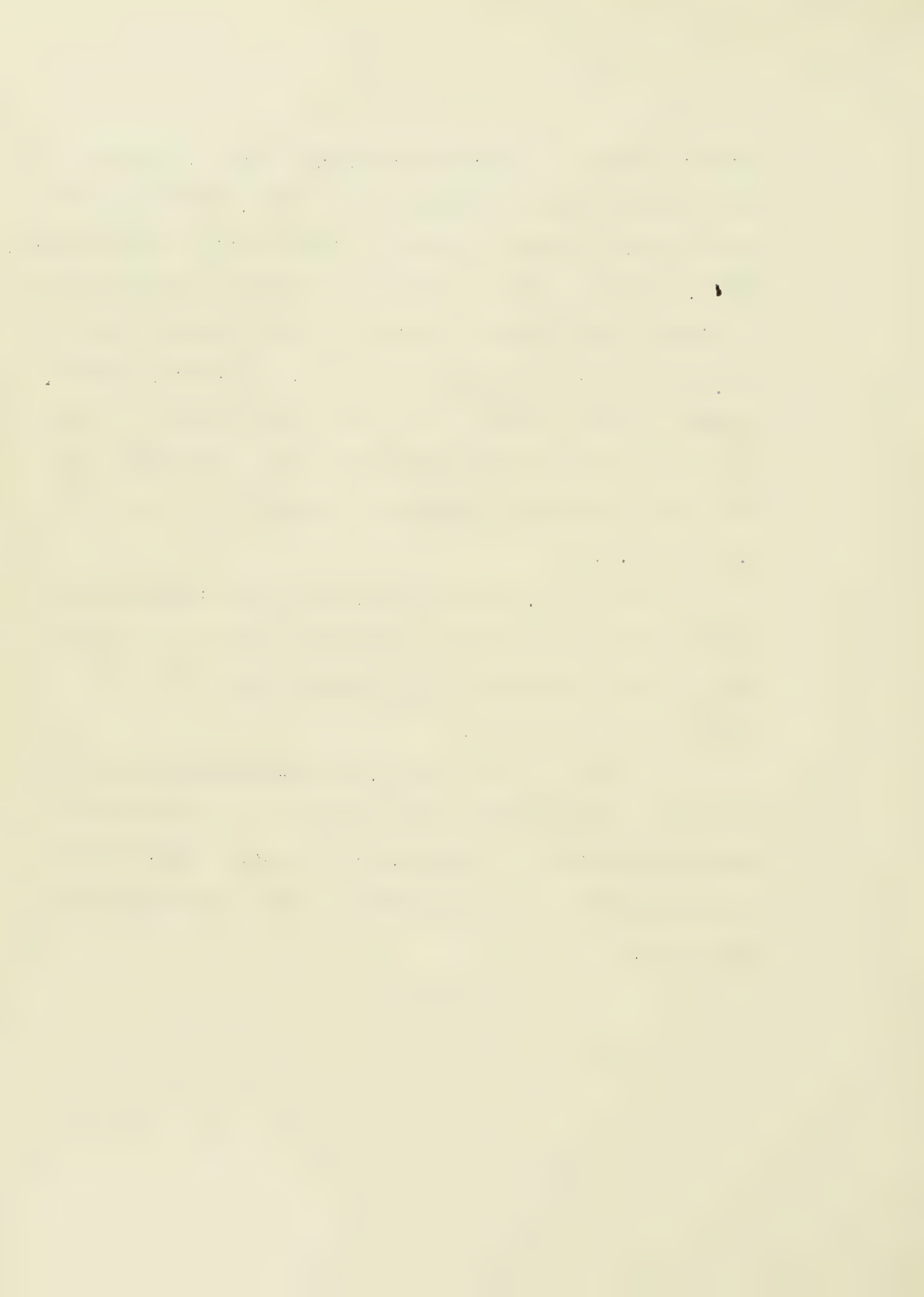
COTTE, en 1922, pense de même: "Les interventions conservatrices doivent avoir toutes nos préférences.. d'une façon générale, en présence d'une grossesse tubaire, c'est à la salpingectomie et à la salpingostomie seules, sans ablation de l'ovaire, qu'il faut avoir recours. Dans un certain nombre de cas même pourrait-on pousser plus loin la conservation et laisser en place la trompe gravide". De 1922 à 1938, il opère 140 G.E.U. et conserve la trompe 14 fois (3 conservations totales, 6 résections tubaires externes, 1 résection ampullaire avec suture des segments restants, 4 implantations tubo-utérines).

Mais c'est surtout depuis une dizaine d'années parallèlement au développement de la chirurgie de la stérilité, que la chirurgie fonctionnelle de la grossesse

tubaire connaît un succès croissant et que le nombre de ses bons résultats augmente. En 1946, DOUAY obtient une grossesse normale après une implantation tubo-utérine; SEGUIY, en 1947, publie trois observations d'énucléation de l'oeuf dont deux sont suivies de grossesses, puis POLLOSSON précise les indications de la salpingostomie. PALMER, en 1952, publie une statistique portant sur 168 interventions tubaires bilatérales pour stérilité avec 16,6 % de grossesses ultérieures normales et seulement 2,4 % de G.E.

En 1953, FELISAZ publie un cas d'implantation tubaire suivi de grossesse et BOUGET rapporte, dans sa thèse, deux observations de salpingotomies dont une suivie d'une grossesse.

Enfin, en Mars 1955, FUNCK-BRENTANO rapporte à l'Académie de Chirurgie une observation de DEBELUT (salpingotomie suivie de grossesse) et quatre observations de HENRY-ROBERT (salpingotomies), dont deux suivies de grossesse.



ETIOLOGIE

Toute anomalie anatomique ou physiologique tubaire, ovulaire ou ovarienne peut être à l'origine d'une nidation ectopique. C'est dire la complexité de l'étiologie de cette affection et la difficulté de sa détermination devant un cas donné, souvent même à ventre ouvert, l'état de gestation entraînant de plus par lui-même des modifications locales importantes de la morphologie.

I - CAUSES TUBAIRES.

Des lésions tubaires se retrouvent dans la grande majorité des cas de grossesses ectopiques, lésions qui peuvent avoir diverses origines.

A) - ORIGINE INFLAMMATOIRE.

Celle-ci est avant tout représentée par les diverses infections qui peuvent intéresser le tractus génital et, s'il faut insister sur le rôle de quatre germes qui sont le colibacille et l'entérocoque, le



gonocoque, le bacille tuberculeux, on ne saurait négliger l'importance des pyogènes banaux. CRAWFORD et HUTCHINSON, en 1954, dans une statistique portant sur 300 cas, rappellent que la grossesse tubaire se rencontre plus volontiers chez les femmes antérieurement traitées pour infection annexielle et trouvent que plus de la moitié des femmes sont des multipares. Cette opinion est à rapprocher de celle de POLOSSON, qui pense que l'infection post-partum est peut-être plus fréquente qu'on ne pense et qu'on étiquète trop facilement une poussée fébrile "montée laiteuse ou coliques utérines", sans tenir assez compte de l'endométrite qui accompagne fatalement plus ou moins tout accouchement.

Ces inflammations peuvent agir par plusieurs mécanismes: depuis l'hyperhémie (NISOT) jusqu'à la destruction de la muqueuse et, en particulier, celle des cils vibratiles. Pour NOVAK, le facteur principal serait mécanique, l'inflammation agissant soit en rétrécissant la lumière de la trompe ou même en l'obturant. Cette dernière lésion, responsable autant de stérilité que de grossesses ectopiques, siègerait surtout au niveau du pavillon (PALMER, DUJOL). L'inflammation pourrait également provoquer la formation

de diverticules après infection chronique.

Pour WERQUIN, les diverticules auraient une grande importance. Il écrit, en effet, que lorsqu'il trouve à l'intervention une muqueuse tubaire normale "nos observations nous ont montré qu'il s'agit toujours d'une diverticulose. C'est peut-être alors que la théorie inflammatoire doit être prise en considération, l'inflammation ayant déterminé des diverticules comme l'ont bien montré LE LORIER et DURANTE".

D'autre part, les inflammations peuvent laisser des séquelles tubaires: coudures ou plicatures, adhérences aux divers organes du petit bassin, brides péritonéales, qui peuvent succéder à des inflammations péritonéales légères (atteintes tuberculeuses fugaces de l'adolescence, appendicites). Même des interventions purement aseptiques pourraient s'accompagner de réactions péritonéales et partant tubaires chez des sujets prédisposés (BRET).

Enfin, il existe un autre type de lésion, qui a été dénommé "états endométrioïdes" par HAMAND CORNIL et MOSINGER, en 1930, et "endosalpingioses" par SAMPSON BROcq et VARANGOT, dont l'origine, pour ces auteurs, serait infectieuse. WERQUIN lui attribue un rôle

important à côté de la diverticulose. Toujours d'après Hamand Cornil et Mosinger, ces états endométrioïdes seraient une simple modification de la muqueuse tubaire réagissant à une infection et caractérisée soit par une absence de plis, soit par des modifications pseudo-glandulaires. C'est également l'opinion de VILLARD dans une publication de 1936.

Ces états se distingueraient de l'endométriose par l'absence de modifications sous l'influence des hormones et le manque de chorion cytogène.

Il nous faut maintenant décrire cette affection curieuse qu'est l'Endométriose, dont le rôle dans le déterminisme de la grossesse tubaire est indiscutable, mais dont la pathogénie est encore incertaine et la rend difficile à classer dans un cadre nosologique précis.

Elle est caractérisée par la présence d'ilots aberrants d'épithélium de type endométriel, réagissant comme l'endomètre aux sollicitations hormonales du cycle menstruel ou de la gravidité. Elle siège dans 75 % des cas sur l'utérus, les trompes ou les ovaires et ne se voit pratiquement que chez des femmes en période d'activité génitale.

Pour Hamand Cornil et Mosinger, elle dériverait

des états endométrioïdes par métaplasie cellulaire possible seulement en présence des sécrétions d'ovaires en activité. D'autres auteurs en rendaient responsable une hypersecrétion ovarienne. D'autres encore une métastase, soit par reflux tubaire du sang menstruel entraînant des débris de muqueuse utérine (SAMPSON), soit par voie vasculaire lymphatique (HALBAN).

La fréquence de l'endométriose comme cause de la grossesse tubaire a été et reste très discutée. BROCC VARANGOT et DELANNOY, dans leur remarquable rapport au 47^{me} Congrès de Chirurgie, ne lui attachent que peu d'importance. LUCCI la trouve deux fois sur 70 G.E.U. Par contre, CHALNOT, GROSDIDIER et BRUNOTTE pensent que si le diagnostic d'endométriose n'est posé que rarement en regard du grand nombre de G.E.U. c'est parce qu'il ne peut être posé bien souvent que par un examen histologique qui est rarement fait et ils appuient leur opinion sur la similitude des antécédents des femmes atteintes de G.E.U. et celles atteintes d'endométriose (dysménorrhée). De même, BROCC, en six mois, en trouva 12 cas dans son service.

Pour ISIDOR, la responsabilité de l'endométriose varierait selon la localisation de la grossesse. En effet,

après de très nombreux examens histologiques systématiques de pièces opératoires, il n'a jamais vu d'endométriose de la muqueuse du tiers moyen ou du tiers externe des trompes, mais, par contre, presque toujours des lésions d'endosalpingiose ou des diverticules.

A l'opposé, dans les grossesses du tiers interne ou interstitielles, les ilots d'endométriose seraient très fréquents, et d'autant plus qu'on se rapproche plus de l'utérus. Mais il insiste sur la nécessité de faire des coupes en série sur des trompes qui ne doivent pas être éclatées.

Quant au mode d'action de l'endométriose, il reste également discuté: si, pour certains, l'oeuf arrête sa migration parce qu'il trouve des ilots de muqueuse ayant "enregistré" les modifications hormonales gravidiques et prêts à la nidation, pour d'autres, la nidation serait le seul fait de l'infection qui l'accompagnerait toujours.

B)- ORIGINE MECANIQUE en DEHORS de l'INFECTION.

A côté de ces lésions inflammatoires et de l'endométriose, la nidation ectopique de l'oeuf aurait une origine mécanique due à une malformation dans 1 % des cas (BANUET):

- Soit malformation congénitale tubaire, atrésie ou torsion entraînant un arrêt de migration par rétrécissement de la lumière, ou encore présence de canaux borgnes dont le diamètre peut être suffisant pour que l'ovule s'y engage.

- Soit malformation acquise qui peut être tubaire, tels les polypes, ou pelvienne agissant par compression de la trompe, tels certains kystes ovariens ou fibromes utérins.

II - CAUSES OVULAIRES.

L'oeuf lui-même peut être responsable de son arrêt avant d'avoir atteint l'utérus.

Il peut s'agir d'un excès de son volume qui peut être dû à un trouble biologique ou provenir de son évolution normale dans le temps.

C'est alors qu'on peut invoquer le temps passé à effectuer le trajet péritonéal d'un ovule venant d'un ovaire centro-latéral, éventualité qui a été vérifiée par plusieurs observations de grossesses qui sont survenues chez des femmes ayant subi une salpingectomie d'un côté et une ovariectomie de l'autre.

L'oeuf a également été incriminé dans certains

cas de grossesses survenant dans le moignon d'une trompe ayant été antérieurement liée.

G. LADAS en a publié récemment un cas sous le nom de "grossesse ectopique récurrente" émettant l'hypothèse que l'oeuf a pu dépasser son but, traverser l'utérus et remonter dans la trompe opposée. Pour lui, ceci se verrait chez 2 à 3 % des malades ayant été opérées d'une grossesse ectopique (avec ligature du moignon de salpingectomie).

Mais il n'est pas certain que cette hypothèse corresponde à la réalité des faits. On a vu, en effet, des grossesses utérines survenir après ligature des deux trompes. En particulier, nous en avons retrouvé une observation dans le service de gynécologie de l'Hôpital d'Argenteuil, après intervention faite par un gynécologue Parisien, indiscutable par ses titres et ses hautes fonctions.

III - CAUSES HORMONALES.

En dehors du rôle qu'il aurait dans l'endométriase, l'ovaire interviendrait dans la contractilité tubaire par la sécrétion du corps jaune dont on a remarqué fréquemment une anomalie coexistant avec une

grossesse ectopique.

Enfin, on a pu évoquer le rôle de l'axe hypophyso-hypothalamique dont on connaît bien l'importance dans le déclenchement de l'ovulation chez certains animaux et dont le rôle chez la femme paraît, en plus de la sécrétion des gonado-stimulines, être plus important qu'on ne l'a pensé pendant longtemps.

D I A G N O S T I C

-:~:-:-

La chirurgie réparatrice n'est évidemment possible que sur des trompes dont les altérations sont relativement peu prononcées. En effet, il ne suffit pas de reconstituer un organe dans sa morphologie originale, mais de lui assurer avant tout un avenir fonctionnel satisfaisant.

Or, la grossesse tubaire, dont l'origine est, le plus souvent, une lésion de la trompe, qui peut être minime, entraîne rapidement des dégâts importants au niveau de son implantation, et par l'accroissement rapide de son volume et par l'envahissement vasculaire créé par les besoins de sa nutrition, dans un organe aux parois minces, dont la muqueuse ne peut, comme l'utérus, subir

une prolifération déciduale. A moins que l'oeuf ne soit implanté près du pavillon et, ultérieurement, expulsé comme dans l'avortement tubaire, l'évolution va se faire vers la rupture de la trompe, parfois très rapidement, dans les semaines qui suivent la fécondation.

Un diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine est donc indispensable, sans attendre les complications qui rendront aléatoires les tentatives de conservation de la trompe, avant de mettre en péril les jours de la malade.

Ce diagnostic n'est pas toujours aisé.

Une première cause d'erreur est "qu'on ne pense pas assez constamment à la grossesse extra-utérine" (FORGUE) Ensuite, c'est le polymorphisme de ses signes cliniques. Si, classiquement, la grossesse tubaire est une grossesse douloureuse qui saigne, ce schéma est loin d'être toujours aussi simple et parfois assez tardif, et même si la femme est alertée au début par quelques douleurs et de petites pertes sanglantes, elle est tentée de les attribuer à de simples troubles des règles et, souvent, le médecin appelé conclut dans le même sens, le toucher vaginal pouvant ne montrer que bien peu de choses devant une grossesse

qui peut n'avoir que deux ou trois semaines.

L'erreur à ce stade serait de temporiser. C'est alors que, penser systématiquement à la grossesse ectopique conduira à demander les examens nécessaires pour affirmer le diagnostic de grossesse d'abord et de localisation ensuite.

Parfois les choses sont simples: le toucher vaginal fait au besoin sous anesthésie, peut permettre de sentir une petite masse latéro ou rétro utérine, la numération globulaire aura une valeur d'orientation en montrant une légère anémie et une formule blanche banale.

Si les signes de grossesse sont incertains mais si le toucher a permis de sentir un cul de sac postérieur un peu empâté et douloureux, on aura recours à sa ponction exploratrice qui montre la présence de sang et fait intervenir. Ce test serait fidèle dans 90 % des cas pour Crawford et Hutchinson, Buford word le trouve positif

51 fois sur 52 G.E.

La piqure d'un utérus a été signalée comme cause d'erreur par THEODORIDES.

En fait l'origine péritonéale du sang aspiré se reconnaît par son incoagulabilité et la présence d'amas de fibrine en suspension.

Une autre cause d'erreur serait la rupture d'un kyste lutéinique.

Une ponction blanche ne saurait évidemment faire éliminer le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Ce sont alors LES REACTIONS BIOLOGIQUES qui permettront de savoir avec le plus de certitude s'il y a grossesse ou non. La méthode de FRIEDMANN-BROUHA, consistant en l'injection d'urine à la lapine séparée est l'une des plus fidèles, donnant 99 % de réponses exactes. Elle est positive à partir d'un retard de règles d'une dizaine de jours et le reste jusqu'à environ 4 à 8 jours après la cessation de l'activité placentaire. Une cause d'erreur existe là aussi; ce serait la présence de kystes folliculaires et lutéiniques de l'ovaire. PORTES en signale 4 cas où la réaction était positive et fit intervenir chirurgicalement à tort pour G.E.U.

Cet examen demandant 48 heures, d'autres méthodes plus rapides ont été proposées:

- Réaction de Varangot et Ascheim par injection d'urine à des rates impubères donnant une hyperhémie ovarienne très visible après 6 à 8 heures et dont la fidélité serait de 99 %.

- Test de Haghen sur le crapaud chez qui l'injection d'urine provoque la ponte ovulaire en 6 à 18 heures.

- Réaction de Galli-Maïmini qui fait apparaître des spermatozoïdes dans le cloaque 1 à 2 heures après injection d'urine dans le sac dorsal du crapaud mâle.

Ces deux dernières réactions sont malheureusement assez peu fidèles.

D'autre part, il est possible d'avoir un résultat quantitatif qui peut être utile au diagnostic différentiel, grâce à la méthode de BRINDEAU-HINGLAIS qui utilise le sérum sanguin. Les résultats sont donnés en unités lapine. Le taux de la grossesse normale se situe entre 1.000 et 15.000 unités.

Enfin nous signalerons:

Les frottis vaginaux (PAPANICOLAOU), le test échelonné de la grenouille (HARTLEB), la mesure de

l'histidinurie (Test de KNOPP), la réaction de GRIMALDI.

A)- A part les cas cités plus haut, une réaction positive prouve l'existence d'une grossesse en évolution. En cas de doute sur sa localisation utérine ou extra-utérine, on pourra avoir recours à la :

COELIOSCOPIE: Imaginée par KELLING en 1901, c'est RUDDOCK et HOPE qui l'utilisèrent en 1937 pour le diagnostic des grossesses tubaires non rompues. Son utilisation gynécologique en France est due à PALMER. Seule la voie pariétale était utilisée à l'origine. C'est TE LIND en 1940 qui imagina la voie vaginale, suivi par DECKER qui la fit en position genu pectorale (Culdoscopy) et par PALMER qui la fit en position gynécologique (1949)

Pour le diagnostic de grossesse ectopique la meilleure technique paraît être celle de Palmer, surtout s'il existe des adhérences intestinales, car elle est plus simple et moins dangereuse que la voie pariétale et donne une meilleure vision tubaire que la culdospie. Elle permet une grande sûreté de diagnostic pour un observateur entraîné. D'autre part, en cas de grossesse utérine, elle présente beaucoup moins de risques d'avortement que la laparotomie. Enfin il aurait même été possible par cette voie d'enlever une grossesse du pavillon

réalisant ainsi en un temps le diagnostic et le traitement (LUCCI.)

B)-Une réaction biologique de grossesse négative n'élimine pas le diagnostic de grossesse extra-utérine. En effet, celle-ci peut être interrompue depuis un certain temps et nous avons vu que la réaction ne fait que témoigner de la présence de tissu plasmodial en activité.

Les examens précédents gardent toute leur valeur mais en plus deviennent possible :

- Le curetage utérin qui en cas de G.E.U ramène des débris de caduque d'un utérus vide.

- L'hystéro-salpingographie qui peut montrer un arrêt tubaire de la substance opaque en forme de croissant ou de cupule.

- La gynécographie, récemment préconisée, qui consiste à faire une radiographie du pelvis après pneumopéritoine.

Tous ces moyens doivent permettre d'obtenir un diagnostic précoce de grossesse ectopique, souvent avant toute rupture et l'intervention étant simplifiée permet une chirurgie conservatrice plus facile et probablement de ce fait plus efficace.

En terminant ce chapitre, nous remarquerons enfin que si souvent l'intervention chirurgicale est retardée parce qu'on ne pense pas assez à la grossesse ectopique, un certain nombre de femmes a été opéré autrefois pour des G.E. qui n'ont pu être réellement prouvées, le contexte clinique étant parfois flou, et l'intervention était imposée par le seul fait de l'hémorragie péritonéale qui, même d'origine tubaire peut ne pas être forcément un G.T, mais relever d'une endométriose ou d'une rupture de varice tubaire. Ce n'est que depuis qu'on fait des coupes systématiques des pièces opératoires qu'une classification des G.E a pu se faire et une statistique valable établie.

°
°° °°

INTERVENTIONS CONSERVATRICES.

-:-:-

Le choix de l'intervention est conditionné par deux facteurs, la localisation de la grossesse et l'importance des lésions tubaires.

LA SALPINGOSTOMIE.

Elle consiste à refaire un pavillon avec des franges sur le moignon de trompe restant après salpingectomie partielle.

Elle est indiquée en cas de destruction de la partie externe de la trompe, par grossesse infundibulaire ou ampullaire. Salpingostomie Termino-latérale, technique de POLLOSSON, par reconstitution d'une collette muqueuse en forme de raquette plus large à sa partie inférieure, fixée par retournement partiel sur le

péritoiné tubaire. A son extrémité distale, la frange est fixée à l'ovaire par quelques points. Il ne faudrait jamais accoler le plan muqueux à l'ovaire pour éviter la formation d'un kyste tubo-ovarien.

PALMER a publié 64 cas de salpingostomies bilatérales faites pour stérilité, dont 36 salpingostomies terminales avec 7 grossesses utérines ultérieures (16,6 %) et 1 G.E.U et 28 salpingostomies médio-ampullaires avec 2 grossesses utérines ultérieures (7,1 %) et 1 G.E.U.

LA SALPINGOTOMIE.

C'est l'intervention conservatrice par excellence puisqu'elle laisse en place la trompe dans sa totalité.

Elle est indiquée avant tout dans les grossesses ampullaires qui sont les plus fréquentes (65 % des cas pour DINDIA et TURCOTTE)

Elle serait l'intervention de choix pour GAUSS qui conserverait 56 % des trompes même fissurées.

La première observation a été publiée par PROCHOWNIK en 1894 sous le nom de "énucléation de l'oeuf et suture de l'incision."

Elle consiste à inciser la trompe le long de son bord supérieur et à faire suivre l'ablation de l'oeuf d'un curage tubaire, soit à la curette soit et de préférence avec une compresse. Ensuite la trompe est suturée en deux plans.

Cette intervention est la seule qui laisse à la trompe sa morphologie normale. En effet nous pensons que l'expression tubaire pour provoquer la sortie de l'oeuf par l'ofifice externe de la trompe, quand elle est possible, est une méthode aveugle qui ne permet pas d'être certain de la vacuité de la trompe et doit donc être complétée par un curage. Il est plus simple et plus sûr dans ce cas de faire une salpingotomie longitudinale qui permet d'opérer sous le contrôle de la vue, en réduisant le traumatisme du pavillon au minimum, d'autant plus que la cicatrisation de la suture se fait sans laisser de traces (observation de HENRY-ROBERT.)

Mais la salpingotomie n'est possible que si la trompe est peu altérée, l'indication limite étant le début de fissuration; dans ce cas l'incision sera atypique et devra suivre le trajet de la fissure.

Cette intervention n'entraîne aucune complication immédiate et en particulier jamais une hémorragie n'a été signalée qui n'ait pu être jugulée rapidement par des moyens simples.

Parmi les complications plus tardives, une reprise de l'hémorragie est imaginable, mais aucun cas n'en a été publié à ce jour. Quant au risque d'imperméabilité tubaire ultérieure totale ou partielle, facteur de récurrence de G.T. le curage soigneux tout en limitant au maximum les manœuvres traumatisantes doit en limiter l'importance.

L'IMPLANTATION TUBO-UTERINE.

Cette intervention a été décrite par un des premiers chirurgiens qui opérèrent des grossesses tubaires. En effet la première a été faite par WATKINS en 1889, sous le nom de "salpingo-utéro-anastomose." Ce fût également le premier cas de succès certain à inscrire à l'actif de la chirurgie réparatrice puisque cette femme qui avait antérieurement subi une salpingectomie de l'autre côté, fit une fausse-couche quelques mois plus tard.

Tombée ensuite dans l'oubli pendant de . . .

nombreuses années, cette technique a été remise à l'honneur par la chirurgie de la stérilité, en particulier sous l'impulsion de PALMER.

Elle consiste en la résection de la portion interne de la trompe suivie d'une réimplantation dans la corne utérine du segment restant qui pourra être plus ou moins long selon l'importance de la résection. En tous cas il faudra toujours réséquer la portion intramurale en faisant un évidement cône au bistouri de la corne utérine. C'est par cet orifice que la trompe sera attirée dans l'utérus où elle sera fixée. Pour obtenir une bonne mise en place, deux fils de nylon très fin sont utilisés, chacun étant attaché sur un lambeau taillé dans l'extrémité interne de la trompe, l'un antérieur, l'autre postérieur. Ces fils fixeront chaque lambeau à la paroi correspondante de l'utérus.

Dans ses premières interventions, Palmer plaçait alors dans la lumière tubaire une sonde fine en matière plastique, ressortant par le col utérin, afin d'éviter qu'il ne se produise une sténose cicatricielle, mais il est apparu que cette sonde provoquait une irritation se traduisant par une obturation ultérieure au

niveau du pavillon. Actuellement la sonde n'est plus utilisée et si on ne voit plus d'obturation du pavillon il ne paraît pas se produire non plus d'imperméabilité plus fréquente au niveau de l'implantation.

Les indications de l'implantation tubo-utérine sont tous les cas où le pavillon étant indemne, la portion ampullaire, isthmique ou interstitielle de la trompe est impossible à conserver.

On y aura recours en cas de grossesse ampullaire lorsque le diagnostic aura été fait tardivement et que la paroi tubaire, même non éclatée, paraîtra en trop mauvais état pour avoir des chances de cicatriser sans séquelles ultérieures importantes. En cas d'éclatement, elle s'impose toutes les fois où l'abondance de l'hémorragie n'oblige pas à faire une salpingectomie.

Le problème est le même si la grossesse est isthmique ou interstitielle, mais dans ce cas, les complications surviennent rapidement car cette partie de la trompe est peu extensible, un diagnostic précoce sera plus que jamais indispensable, mais également difficile à faire. Il faudra savoir ne pas attendre que les signes

cliniques deviennent plus évidents et faire tous les examens physiques ou biologiques nécessaires.

Palmer a publié dans ses statistiques générales 44 cas d'implantation tubo-utérines bilatérales.

Il a obtenu 14 grossesses utérines ultérieures (soit 32 %) et 2 G.E. Certaines de ces interventions ayant en plus comporté un salpingolysis ou une salpingostomie, il est intéressant de les soustraire de la statistique. On arrive ainsi à 20 implantations pures avec dans la suite, 6 grossesses normales et aucune G.E. C'est un résultat extrêmement favorable.

Ainsi semble-t-il, à la lumière de tous ces travaux que l'implantation tubo-utérine soit, de toutes les interventions réparatrices, celle qui donne les meilleurs résultats.

On connaît bien le rôle important du pavillon dans la captation de l'oeuf et le début de son cheminement. Mais, il semble être la partie la plus fragile de la trompe puisque même une irritation à distance par une simple sonde en polyéthylène peut provoquer l'obturation de son ostium. Sa chirurgie réparatrice est assez décevante. Pour obtenir des chances de succès il faudrait

de l'avis de PALMER que le reste de la trompe soit normal et qu'en particulier l'ampoule ait conservé une tonicité et une contractilité normale et qu'il n'y ait pas trop d'adhérences à son niveau et au niveau de l'ovaire. Ce sont des conditions difficiles à réaliser après une grossesse tubaire.

La chirurgie de l'ampoule et en particulier la salpingotomie suivie de curage est d'un pronostic meilleur.

Enfin, devant les résultats obtenus par l'implantation tubo-utérine, il semble que la salpingotomie en cas de grossesse juxta-utérine, même sans lésions tubaires importantes doit s'effacer devant l'implantation.

Cependant de bons résultats ne peuvent être espérés qu'à condition de pratiquer une chirurgie très fine, utilisant même le matériel de certaines spécialités comme l'ophtalmologie ou la chirurgie vasculaire. Palmer écrit:

"La chirurgie restauratrice des trompes est une chirurgie de précision qui doit obéir à un certain nombre de règles.:

1°-Ne pas traumatiser l'épithélium de la trompe ou du pavillon en les saisissant directement avec des pinces.

2°-Eviter toute cause d'adhérences post-opératoires, notamment toute surface dépéritonisée ou traumatisée, tout saignement persistant, même minime.

3°- Eviter tout matériel de suture provoquant une réaction macrophagique.

C'est pourquoi, il préconise, l'emploi de la coagulation diathermique fine très localisée pour arrêter les suintements sanguins, de pinces fines dérivées de celles de J.L.Faure mais ayant les petits mors de celle de Leriche, enfin du fil d'argent très fin ou du nylon 0000 pour les sutures qui devront dans toute la mesure du possible être faites soigneusement bord à bord.

Enfin, il ne faudra pas négliger les soins post-opératoires.

Ceux-ci auront avant tout pour but de limiter les risques d'obturation tubaire secondaire. Ils devront donc lutter contre la formation d'une sténose cicatricielle tubaire et le développement de brides péritonéales.

BRET préconisait les injections de lipiodol,

les insufflations, la diathermie. C'est à l'insufflation que RUTHERFORD attribue les succès qu'il a obtenus. Par contre, PALMER n'y a recours que dans un petit nombre de cas. Il en fait une tous les trois mois, à partir du premier mois après l'opération mais "surtout pour vérifier si les chances se maintiennent et si les autres facteurs de fertilité restent satisfaisants". POLLOSSON va encore plus loin puisqu'il ne veut pas en faire avant deux ou trois ans.

Il semble que ce sont les antibiotiques qui présentent le plus d'intérêt par voie générale et par voie locale. Nous pensons que leur emploi doit être systématique en raison de la fréquence des atteintes infectieuses tubaires latentes ou refroidies depuis longtemps et que l'intervention risque de réveiller.

°
°° °°

OBSERVATIONS.

Les cas de succès certain de la chirurgie conservatrice publiés sont encore rares. Cela tient tout d'abord au fait que la salpingectomie reste encore l'intervention la plus fréquemment faite, même chez les femmes n'ayant qu'une trompe. D'autre part, de nombreuses interventions ou une chirurgie conservatrice a été pratiquée ont peut être été des succès mais la preuve en est impossible à faire, étant donné que chez une femme ayant deux trompes, nous n'avons aucun moyen de savoir laquelle a été parcourue par l'ovule lorsque une grossesse survient.

Quant aux risques récidives qui rendent de nombreux auteurs peu enclins à faire de la chirurgie

conservatrice, ils sont difficiles à évaluer de façon précise. Rappelons cependant que l'évolution de la technique chirurgicale a rendu caduques de nombreux travaux remontant à vingt ans: A cette époque, par exemple, CAMUSET, dans sa thèse écrivait: " Par suite des risques de récurrence du même côté, la conservation de la trompe gravide ne nous semble être indiquée qu'avec réserve": il s'appuyait sur 30 cas de récurrences homolatérales retrouvées dans la littérature. En fait, on y trouve 6 cas de salpingectomies, 2 résections isthmiques, et 1 abstention (l'intervention pour récurrence a montré la présence d'un sac rempli d'os fœtaux d'une G.E. remontant à 12 ans qui n'avait pas été opérée.)

De même DRAGOMIRESCO, dans sa thèse en 1929, avait réuni 13 cas de récurrences homolatérales après des interventions conservatrices qui furent: 9 salpingectomies totales (avec 4 fois ablation de l'ovaire correspondant), 3 salpingectomies partielles et une seule conservation de la trompe.

A l'opposé, pour la défense de la chirurgie conservatrice, nous avons la statistique de Palmer

publiée en 1952 qui rapporte 168 interventions réparatrices tubaires avec 16,6 % des grossesses ultérieures et 2,4 % de G.E. et nous laisse entrevoir la possibilité de résultats encore plus favorables.

Depuis 1944, en plus des deux observations que nous apportons, nous avons retrouvé 9 cas où une trompe opérée a permis d'obtenir une ou plusieurs grossesses ultérieures.

- PALMER et LACOMME, en 1944, ont publié l'observation d'une femme qui présenta en Avril 1943 une grossesse tubaire bilatérale après 10 ans de stérilité consécutive à une fausse-couche suivie de salpingite. Les grossesses étant situées à l'union des portions isthmiques et ampullaires, il fut fait une implantation tubo-utérine bilatérale. En Octobre 1943, la femme eut une grossesse utérine, mais au 8^{me} mois, une hernie de l'oeuf se développa au niveau de la corne droite par désinsertion tubaire. Une césarienne donna le jour à un garçon vivant, pesant 2.600 Grs.
- DOUAY, en 1946, cite le cas d'une femme qui, ayant subi une salpingectomie gauche pour G.T. présente par la suite une G.T. droite, pour laquelle il fait une implantation tubo-utérine: 1 grossesse normale ensuite.



- SEGUY, en 1947, publie trois observations d'énucléations de l'oeuf, dont deux sont suivies de grossesses (la première de 1, la deuxième de 2 grossesses).
- FELISAZ, en 1953, rapporte à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie l'observation d'une femme ayant eu une salpingectomie gauche en Juillet 1952; elle présente, le 28 Mars 1953, une G.E. isthmique non rompue. Salpingotomie longitudinale et énucléation de l'oeuf qui est situé dans un diverticule. Celui-ci est cloisonné par point au catgut 00. Grossesse normale en Septembre 1953.
- BOUCET, en 1953, rapporte dans sa thèse 12 observations d'interventions pour G.E.U. La chirurgie conservatrice fut pratiquée deux fois (salpingostomies) avec une grossesse ultérieure.
- FUNCK-BRENTANO rapporte à l'Académie de Chirurgie, en Mars 1955:
 - Une observation de DEBELUT: femme de 30 ans, opérée antérieurement d'une G.E.U. droite: salpingectomie.- En Janvier 1954, elle présente une G.E. gauche avec arrêt de règles de 15 jours. A l'intervention, très peu de sang dans le pelvis, trompe seulement fissurée.- Salpingotomie longitudinale et ablation de l'oeuf par expression douce,

suture en deux plans au catgut très fin.

Grossesse débutante 8 mois après, normale.

- Une statistique de HENRY-ROBERT portant sur 3 ans avec 41 interventions, dont 4 conservations tubaires.-
Parmi ces 4 femmes, deux ont présenté ultérieurement une grossesse normale (le rôle de la trompe opérée, chez l'une des deux, est seulement probable).

Citons ces deux observations:

1)- G.E.U. droite, opérée en Février 1952, avec conservation de la trompe.

La trompe gauche présente un pavillon sans franges sans ostium abdominal, l'annexe est collée à la paroi. Cette trompe semble impropre à la fécondation.

En Février 1953: accouchement après grossesse gémellaire normale.

En Octobre 1954, diagnostic de G.E.U. droite.
L'intervention montre qu'il n'y a pas de G.E. mais un gros corps jaune; elle permet de vérifier l'état de la trompe opérée 20 mois auparavant: celle-ci est tout à fait normale, le nylon bleu est la seule trace qui reste de la salpingotomie. Deux jours après, la femme expulse des membranes d'une grossesse utérine de deux mois environ, spontanément interrompue.

2)- G.E.U. gauche avec avortement tubo-abdominal spontané. Celui-ci est complété et la trompe ne saigne plus. Conservation (8 Décembre 1953).- Le 2 Mai 1954: aménorrhée: grossesse normale avec gros ovaire gauche, qui permet de penser que l'oeuf est passé par la trompe gauche.

OBSERVATIONS COMMUNIQUEES par le DOCTEUR AUCLAIR.

-:-:-

OBSERVATION N° 1.

Mme PI... née en 1908. Toujours bien réglée, pas d'antécédents infectieux utéro-annexiels.

Le 18 Mai 1942: G.E.U. droite pour laquelle l'ablation des annexes est pratiquée. Les suites opératoires sont normales.

Le 16 Août 1944: G.E.U. gauche fissurée. Dernières règles le 30 Juin. Depuis le 8 Août, pertes distillantes.

Le T.V. est douloureux et permet de sentir une petite masse annexielle gauche de la taille d'un oeuf de pigeon. La malade ressent des douleurs en coup de poignard plusieurs fois par jour depuis le 9 Août.- Pouls: 110, Température: 37°5 - 37°8.

Intervention:

On accède sur une grosse ampullaire siégeant à gauche, en voie de fissuration.

Il existe une quantité de sang modérée dans le péritoine.

On agrandit au bistouri la zone fissurée qui siège sur la génératrice supérieure de la trompe, puis on procède à l'énucléation de l'oeuf suivi d'une curage doux à la compresse. Les points qui saignent dans la zone d'implantation ovulaire sont coagulés au bistouri électrique.

La suture de la trompe est faite en un plan par un surjet croisé au catgut N° 000.

On vérifie ensuite la perméabilité de la région suturée en introduisant un stylet qui passe librement jusqu'à la portion interstitielle.

L'hémostase paraît parfaite; l'expression de la trompe de dedans en dehors cinq minutes après la suture ne permet pas d'observer de traces notables d'hémorragie au niveau du pavillon.

La paroi est suturée en 3 plans.

Aucun incident dans les suites opératoires; la température ne dépasse pas 37°6.

Au cours de l'intervention, on a vérifié l'ablation de l'annexe droite, qui a dû être enfouie, la corne utérine, ne portant aucune trace, est parfaitement lisse.

Le 16 Juillet 1946: accouchement normal d'un

garçon pesant 3.600 Grs.

Le 13 Mai 1948: accouchement d'une fille pesant 2.800 Grs avec forceps pour souffrance foetale. Délivrance normale complète 40 minutes après l'accouchement.- Endométrite nette.

OBSERVATION N° 2.

Mme LE... Toujours bien réglée. Premières règles à 14 ans, cycle de 30 jours, règles pendant 5 jours, non douloureuses, sang rouge, sans caillots.

Pas d'antécédents infectieux utéro-annexiels connus.

Appendicectomie d'urgence à l'âge de 15ans (1941)

Le 29 Mars 1948: Salpingectomie d'urgence pour G.E.U. droite rompue. (Intervention faite à ISSOUDUN, dans le service de Chirurgie du Dr RELIER).

En Octobre 1949: à la fin du mois apparition de métrorragies, lipothymies, sans qu'il soit possible de retrouver une aménorrhée antérieure. Le toucher vaginal fait soupçonner le diagnostic de grossesse extra-utérine, qui est confirmé par l'intervention pratiquée dans le service du Dr J.M. AUCLAIR, le 30 Novembre 1949.

Intervention:

Médiane sous-ombilicale; la paroi saigne abondamment.

Dès l'ouverture du péritoine, présence de sang.

A droite, kystes hyalins para-ovariens. Sur l'ovaire, l'ablation d'un kyste détache un petit fragment ovarien.

De ce côté, il ne reste qu'un moignon de trompe long de 1/2 cm. environ, complètement obturé.

A gauche, la portion ampullaire de la trompe est renflée en fuseau, turgescence, rouge sombre.

On aperçoit un petit caillot au niveau des franges de Richard. Une partie du méso-salpinx est dépéritonisée. L'ovaire est sain.

Après avoir soigneusement étanché le sang dans le péritoine, on rompt les adhérences épiploïques entre la paroi et les organes du petit bassin.

A Gauche, section longitudinale de la trompe dans la portion ampullaire; extraction d'une masse rouge sombre, de consistance solide, vraisemblablement l'oeuf, de la forme et de la taille d'une grosse olive.

On dégage des caillots moultant la cavité tubaire à la fois du côté du pavillon et du côté de l'utérus.

On suture la trompe au catgut N° 00 et on péritonise.

Repéritonisation par surjet de la partie dépéritonisée du méso-salpinx.

A Droite, après exérèse d'un kyste, suture de la tranche ovarienne en 2 plans et libération d'adhérences.

On termine par une pexie isthmique (procédé classique).

La paroi est suturée en 3 plans.

Suites opératoires très satisfaisantes: Température à 37°4 descendant progressivement. T.A. 12/7, pouls 90.

Le 19 Mai 1951: accouchement à terme, dans le Service, d'une fille pesant 3.570 Grs. Extraction au forceps, délivrance artificielle pour non décollement placentaire et hémorragie.

La grossesse a été normale, les suites de couches physiologiques. Retour de couches au bout de 6 semaines, réapparition de règles régulières, aucun symptôme douloureux pelvien.

Le 18 Avril 1952: accouchement au terme de 8 mois 1/2 d'un garçon pesant 3.080 Grs ayant crié immédiatement. Délivrance naturelle et complète.

La grossesse et les suites de couches ont été normales.

Le 20 Septembre 1954: accouchement au terme de 8 mois 1/2 d'une fille pesant 3.830 Grs ayant crié aussitôt, mais nécessité d'une révision utérine pour rétention de cotylédon.

La grossesse et les suites de couches ont été normales.

La grosseur de la suite de chiffres ont été

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

La grosseur de la suite de chiffres ont été

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

C O N C L U S I O N

-:-:-:-

On connaît bien les prédispositions de la grossesse extra-utérine à récidiver dans la trompe opposée; le fait d'enlever la trompe gravide ne met pas la malade à l'abri d'une grossesse extra-utérine de l'autre trompe. C'est la raison pour laquelle, même en l'absence de lésions évidentes de la trompe opposée, il y a intérêt, lors d'une première intervention, à conserver les deux trompes en pratiquant une chirurgie conservatrice sur la trompe gravide, suivant une technique appropriée.

Le fait d'enlever la trompe gravide chez une malade, sous prétexte que l'autre trompe paraît saine, enlève de nettes chances de grossesses.

Les deux observations que nous avons présentées, où chacune des deux malades n'ayant plus qu'une trompe,

a donné naissance, l'une à trois, l'autre à deux enfants, prouvent bien que c'est la trompe unique conservée qui a assuré la fécondation, et cela plusieurs fois de suite et avec un recul qui, pour la dernière grossesse, est de cinq ans.- Il semble donc que cette trompe a retrouvé une physiologie absolument normale.

En outre, il est bien certain qu'à la lumière des travaux récents, et tout spécialement ceux de PALMER sur l'implantation tubo-utérine, la conservation tubaire ne doit plus être limitée aux cas de grossesses du pavillon avec accouchement de l'oeuf et aux grossesses ampullaires avec salpingotomie longitudinale et reconstitution de la trompe après curetage. On doit la tenter également, chaque fois que cela est possible, en cas de grossesse intra-murale ou interstitielle, la portion intéressante de la trompe étant surtout constituée par le pavillon et ses franges.

Enfin, la chirurgie conservatrice ne saurait plus être discutée, chaque fois qu'elle est possible, en raison de l'absence de risques importants pour la malade, du fait de laparatomies itératives.

Les voies ouvertes par la chirurgie sous contrôle

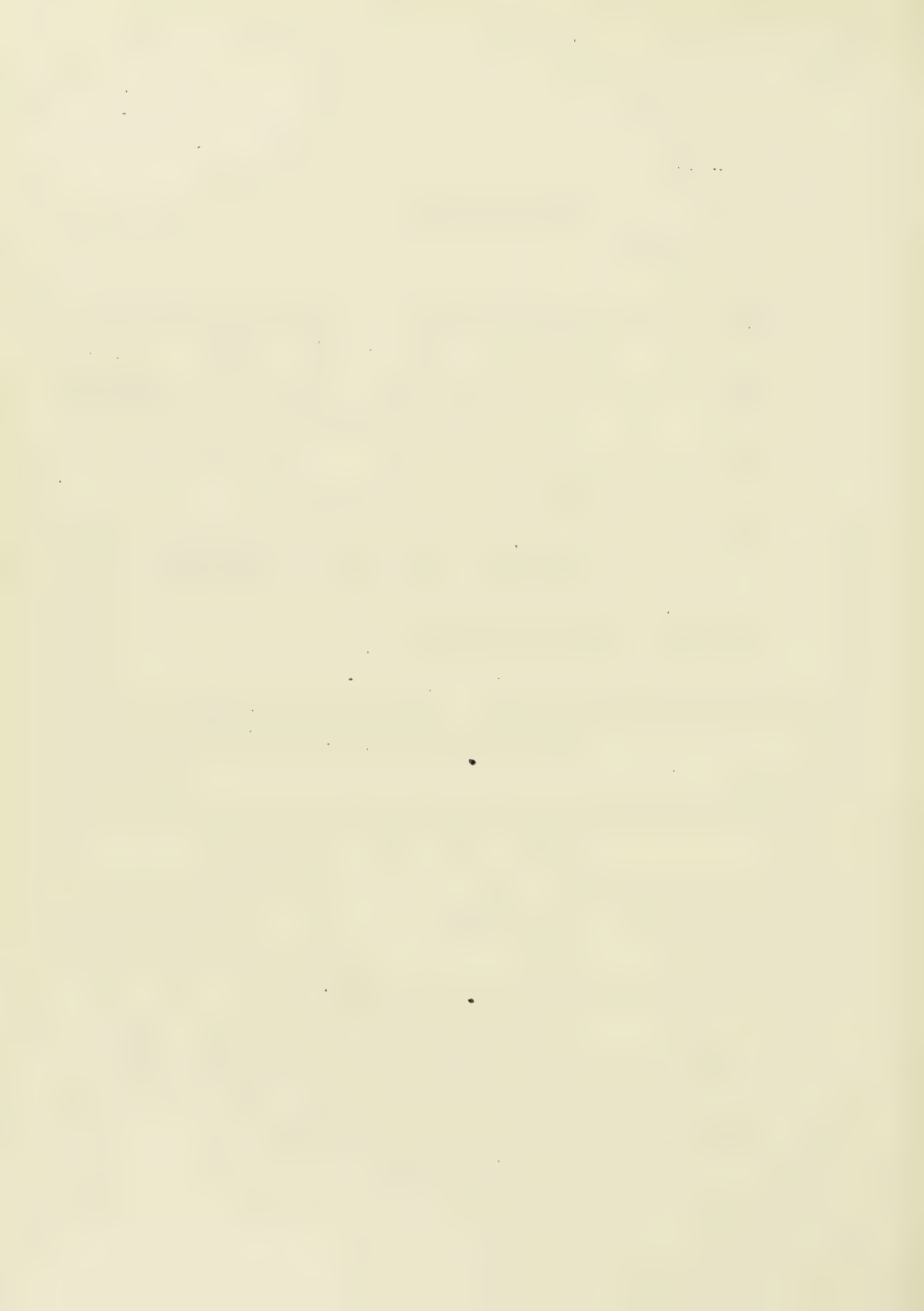
des antibiotiques, et l'amélioration des techniques doivent permettre, à condition de s'attacher à un diagnostic précoce, d'élargir encore les indications de la conservation tubaire et améliorer bientôt les résultats qui sont déjà plus qu'en-courageants.

o o
o o o o

BIBLIOGRAPHIE

-:-:-

- ACHARD: Etude du traitement et des résultats éloignés des G.T. (Thèse de Lyon 1.934)
- BROCQ, VARANGOT & DELANNOY: Les endométrioses. Rapport au 47^{me} Congrès de l'Association de Chirurgie. (Paris Octobre 1955)
- BOUCET Jean: Stérilité et grossesse extra-utérine. (Thèse Paris 1953, N° 71)
- BANUET M-E.: Les récides post-opératoires des G.E.U. après interventions onsefvatrices. (Mém. Ass. Etr. Paris 1952, 113.200 vol. 84 N° 83)
- BOURDERY: L'implantation ampullo-utérine. (Thèse Paris 1950, N° 712).
- BRET: Pronostic obstétrical des G.E.U.- Considérations sur les possibilités de la chirurgie conservatrice et restauratrice de la trompe. (Gyn. & Obst. 1947, pp. 591-599).
- BUFORD-WORD: Le diagnostic et le traitement de la G.E. (Analyse de 140 cas récents. (Surg. Gyn. Obst. 1951, 92, 3).
- CAFFIER: Die Konservatrive operation des schangeren eileiters. (Arch. für Gynak. 1942, 173, pp 261-266).
- CAMUSET: Conservation de la trompe gravide dans les grossesses tubaires (Thèse Lyon 1938-39, 90.982, N° 155).
- CHALNOT, GROSDIDIER, BRUNOTTE: Endométriose et G.T. (Bull. Ass. Obst. Gyn. 1953 pp 598-600).
- COTTE: Sur l'étiologie et le t^t des G.T. (Lyon Ch. 1927, p. 665).



- 30 cas d'implantation tubo-utérine
(Lyon ch. Oct. 1926).
- Pathogénie et Tt conservateur d e la G.T.
(Lyon Ch. 1927, p. 557)
- Endométriose et G.T.
(Lyon Ch. 1927, p. 726)
- Résection et implantation tubo-utérine pour G.T.
(Lyon Ch. 1930)
- Les dangers de la conservation tubaire dans
la G.E.U.- Quelques considérations sur la
pathogénie des G.T.
(Lyon Ch. 1941, pp 195-197).

CRAWFORD & HUTCHINSON: Tubal pregnancies
(Am. J. of Obst. & Gyn. Vol. 67, N° 3,
pp 568-585).

DEBELMT J.: La conservation de la trompe dans la chirurgie de la grossesse extra-utérine
(Mém. Ac. de Ch. 9 Mars 1955, pp 288-289).

DINDIA & TURCOTTE: La grossesse extra-utérine
(Am. J. of Obst. & Gyn. Aug. 1946 pp 321-324)

DRAGOMIRESCO: Contribution à l'étude de la grossesse récidive dans la même trompe après intervention chirurgicale
(Thèse Paris 1929).

PELISAZ: G.E.U. tubaire et chirurgie conservatrice
(Mém. Soc. Obst. & Gyn. Sept. 1953, pp 568-571)

FORGUE; Précis de pathologie externe
(G. DOUIN, Edit. II^{me} édit. Paris 1948)

FRAENKEL & SCHENDK: Endometrial theory of tubal pregnancy
(Am. J. of Obst. & Gyn. Feb. 1936).

FUNCK-BRENTANO: Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine
(Thèse Paris 1898)

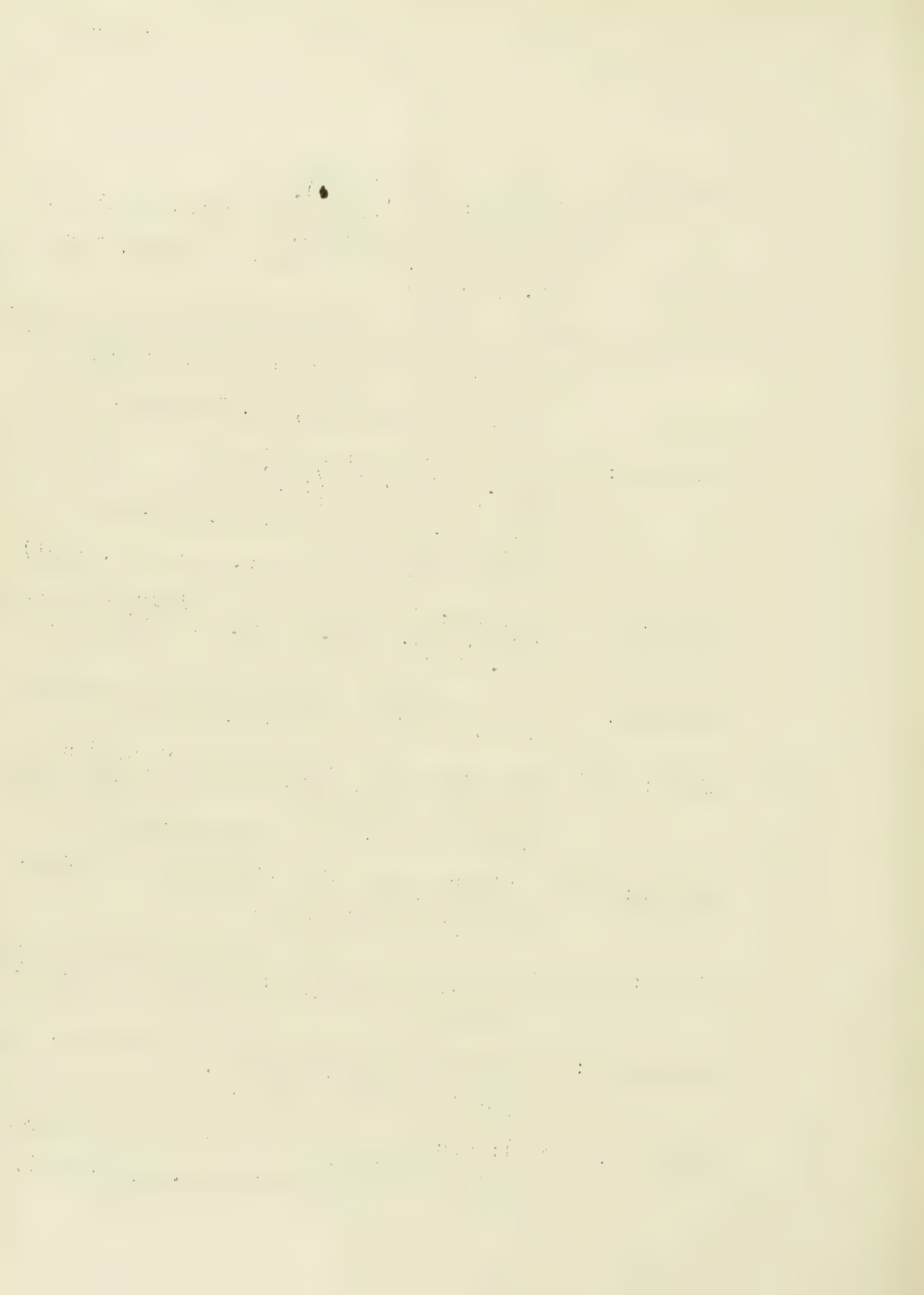
GEORGOUDIS: Le traitement chirurgical conservateur dans la grossesse tubaire.
(Thèse Paris 1949, 113.200, vol. 34, N° 9)/

GAUSS: Behaltung des tube bei tubargraviditat.
(Wiener klin. Wochenschrift) 1941, N° 4344)

- GAUSS: Behaltung des tube bei tubargraviditat.
(Wiener klin. Wochenschrift. 1941, N° 4344).
- GREEN V.B. & ARMYTAGE: Implantation tubo-utérine
(Acta Gynaecologica et obstetrica hispano-Lusitana, Porto 3, 2, 1955, pp 89-97)
- HAMAND, CORNIL & MOSINGER: Les états endométricides
(La Presse Médicale, Oct. 1930 pp.1345-48)
- HENRY-ROBERT: La chirurgie conservatrice dans la grossesse tubaire.
(Mém. Ac. Ch. 9 Mars 1955, pp. 290-294).
- HERSTEIN Archie: Culdoscopy, an adjunct in gynecological diagnosis.
(Am. J. of Obst. & Gyn. Feb.1955, Vol. 69 N° 2, pp. 240-243).
- ISIDOR P. : A propos de certaines modifications des trompes utérines comme facteur pathogénique de la grossesse tubaire.
(La gynécologie, Déc. 1936, pp. 705-713).
- JAYLE & HALPERINE: G.T. et canaux diverticulaires borgnes de la trompe
(Presse médicale Janv. 1922)
- JOUBE: Etude critique de quelques observations de G.E.U.
(Thèse Montpellier 1937, N° 75)
- KASKARELIS: Résultats de l'implantation ovaro-utérine
(Th. Ass. Etr. Paris 1952)
- KELLER R.: Réflexions à faire lors de l'opération d'une G.T.
(La Gynécologie 1933, p. 317)
- LABRY & MONTEL: Des interventions chirurgicales conservatrices dans la G.T.
(Lyon Méd. 1927)
- LADAS G.: Case report of a recurrent ectopic pregnancy in the stump of a tube.
(Am. J. of Obst. & Gyn. Janv.1955, Vol. 69 N° 1, pp. 200-201).

- LAHN: Migration de la muqueuse utérine à travers les trompes
(Zentralbl. Fur Anat. Path. Nov. 1928).
Rôle de l'atréisie de la muqueuse tubaire dans la G.T.
(Deutsch Med. Wochensch. Nov. 1927).
- LAVAL: Résultats de la salpingostomie
(Mém. Ass. Etr. Paris 1952)
- LECENE: Diagnostics anatomo-cliniques.
(T. 2, 1ère partie, P. 99).
- LECLERC E-P.: Le traitement conservateur dans la G.E.U.
(La Bourgogne Médicale, Mars 1939).
- LE LORIER & DURANTE: Diverticules et cloisonnements tubaires
(La Gynécologie, Oct. 1933).
- LUCCI Joseph-A.: Ectopic pregnancy an analysis of 70 cases
(Am. J. of Obst. & Gyn. (St-Louis) Déc. 1953
pp. 1178-84)
- MARCEL & FABRE: Gynécologie Médicale
(Maloine Edit. 1947)
- MARKOFF: Implantation des trompes dans l'utérus
(Gyn. & Obst. 1930, pp. 120-161)
- MARTIN: Avenir génital des malades opérées de G.E.U.
(Thèse Paris 1929)
- MASSABUAU & GUIBAL: La thérapeutique conservatrice en
gynécologie.
(Gyn. & Obst. 1933, pp. 330-386)
- MOCQUOT, RUDLER & PALMER: Opérations sur les organes génitaux
de la femme par voie abdominale et par voie basse.
(Traité de technique chirurgicale, T.3, 2me Fasc.
1942-43).
- NICHOLSON: Les limites de la conservation de la trompe
gravide.
(IIIme Congrès Argentin de gynécologie 92.841).
- NOVAK E.: Gynecological and obstetrical pathology
(Philadelphia 1947, p. 437).

- PALMER R.: La stérilité involontaire
(Masson, Edit. 1950).
Les résultats du traitement chirurgical des
obturations tubaires.
(Bull. Fédér. Sté de Gyn. & d'Obst. 1952
pp. 497-505)
- PALMER & LACOMME: Stérilité avec grossesse tubaire réci-
divante traitée par implantation ampullo-
utérine bilatérale; grossesse utérine
consécutive
(Gyn. Obst. 44, 196, 98, 1944-45).
- POLLOSSON: A propos de la salpingostomie
(Gyn. & Obst. 1947, N° 5)
Salpingostomie et stérilité
(Lyon ch. 1948, T. 43, pp. 533-542)
La salpingostomie
(Revue Française de Gyn. Sept-Oct. 1951)
- ROUVILLE (de) & MADON: Conservation en chirurgie annexielle
(Bull. Soc. Obst. & Gyn. de Paris 1927
p. 477)
- SEDLHEIM: 2 cas de délivrance tubaire par salpingotomie
(Méd. Klinische 1922, P. 736)
- SEGUY: Trois observations de gestations ectopiques trai-
tées par énucléation de l'oeuf avec conser-
vation de la trompe.
(Gyn. & Obst. 1947, pp. 244-246).
- SELIGA: Plis & diverticules dans l'étiologie de la G.T.
Etudes critiques
(La Gynécologie 1933)
- SERBU: Résultats de la chirurgie restauratrice et conser-
vatrice des annexes; grossesses consécutives
(Thèse Lyon 1935)
- SEROUKOFF: La chirurgie restauratrice des trompes. Les
méthodes, les résultats.
(La Gynécologie 1932).
- SOLAL R. (Oran): Reconstitution spontanée des trompes
après résection
(Presse Médicale 1954, pp. 1466-1467).



SZENDI B.: Sur la légitimité de la conservation d'une trompe dans le T^t chirurgical de la G.T.
(Gynaecologia Bâle, 136, 6, pp. 327-331
Décembre 1953)

TASSOVATZ & DU PASQUIER: Résection de la portion isthmique de la trompe gravide, suivie de réimplantation tubo-utérine dans un cas d'absence unilatérale des annexes.
(Gyn. & Obst. Novembre 1930)

TAVERNIER & GONNET: Un cas d'implantation tubo-utérine suivie de grossesse.
(Presse médicale 1928)

THEODORIDES R-D.: (Athènes): Erreur de diagnostic créé par une ponction du Douglas faussement positive.
(Sté de Gyn. & Obst. de Paris Novembre 1953)

VIGNES & BORON: Régénération des trompes chez la lapine.
(Bull. Soc. d'Obst. & Gyn. Paris 1931 P.259)

VILLARD & CONTAMIN: G.T. et manoeuvres abortives
(Gyn. & Obst. Mai 1936)

VILLARD & LABRY: Sur la thérapeutique conservatrice en gynécologie.
(Com. au VIII^{me} Congrès de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française, Paris Oct.1933)

VILLARD, REGAD & CONTAMIN: Du rôle des états endométriques dans la pathogénie de la G.T.
(Gyn. & Obst. T.33, N° 4, Avril 1936)

VILLARD & SERBU: Cas de grossesses observées après les opérations conservatrices faites sur les annexes.
(Com. au IX^{me} Congrès de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française, Alger Avril 1935)

WALLACE: Transplantation of ectopic pregnancy from Fallopian tube to cavity of uterus.
(Surg. Gyn. and Obst. 1917, 24, P. 578).

- WEISS: Récidive de grossesse ectopique sur un moignon
de trompe.
(Bull. Soc. Chir. Strasbourg 1948, P. 1310).
- WERQUIN: G.T. et Malformation de la trompe.
(Presse médicale, Juin 1943, N° 21, P. 292-3)
- WINKLER & CAPRARO: Cul de sac aspiration and other diagnos-
tic aids for ectopic pregnancy.
(Am. J. off Obst. and Gyn. Feb. 1953,
Vol. 65, N° 2).

-:-:-:-

VU:

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Léon BINET

VU:

Le Président de Thèse

Paul FUNCK-BRENTANO

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

Jean SARRAILH

